



Nº Solicitud:

SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
CAEC Y GES-CAEC

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado:				RUT del Afiliado:			
Nombre del Paciente:				RUT del Paciente:			
Domicilio:				Ciudad :			
Teléfono casa:			Teléfono Of.			Cel.:	
Diagnóstico GES:							
Diagnóstico CAEC:							
Tratamiento a seguir:							
Médico tratante:				Especialidad :			
Institución:							
Hospitalizado:	SI			Desde:			Hasta:
	NO						
	Institución:						
Fue trasladado:	SI			Desde:			Hasta:
	NO						

Identificación del representante

Nombre:				Relación:			
Rut:				Ciudad :			
Domicilio:				Cel.:			
Teléfono casa:			Teléfono Of.				

Importante

Isapre Cruz Blanca, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a mas tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario Nº2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación

Tomé conocimiento: _____

Firma

Agencia:			
Funcionario Receptor:			Fecha recepción:
		Hora recepción:	